THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

42

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques-Marie-Joseph MADELAINE

de la Faculté de Médecine de Paris
Externe des Hôpitaux de Paris
Médecin aide-major de 2e classe au Xe rég. d'infanterie
Décoré de la Médaille militaire
(palme et étoile)
Décoré de la Croix de guerre et de la Médaille coloniale
(agrafe Maroc)

Le Rôle du médecin auxiliaire

EN CAMPAGNE

Président : M. GILBERT, *professeur*

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Externat des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVASSU

MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET

AU DOCTEUR MAYET

AU DOCTEUR MÉRIGOT DE TREIGNY

Qui dirigèrent nos débuts.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR GUYARD

Notre chef de service.

AUX OFFICIERS ET HOMMES DE MON RÉGIMENT

Hommage à leur bravoure.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous fit le grand honneur de présider cette thèse.

A MES CHERS PARENTS

Hommage d'affection
et de reconnaissance.

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR JEAN MADELAINE

Aide-Major au 4e Bataillon de Tirailleurs marocains
Croix de guerre avec palme et étoile

En témoignage de sa si
profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MÉDECINS AUXILIAIRES

Tués à l'ennemi.

AUX GLORIEUX MORTS

DU 53e RÉGIMENT D'INFANTERIE

Hommage rendu à leur héroïque sacrifice fait pour la Patrie.

Le Rôle du médecin auxiliaire

EN CAMPAGNE

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail, notre première parole, comme aussi notre premier devoir, sera pour demander la bienveillante indulgence des maîtres éminents qui firent notre instruction et notre éducation médicales. Ceux-ci, en toutes circonstances, furent pour nous des guides aussi dévoués qu'éclairés, et nous donnèrent libéralement des conseils et des exemples dont nous garderons toujours le souvenir ému et reconnaissant.

Arrivé au terme de nos études, nous aurions souhaité leur présenter une thèse qui fût, mieux que celle-ci, en rapport avec leurs enseignements si élevés et dont les bases furent toujours rigoureusement scientifiques.

Mais qu'ils veuillent bien prendre en considération que ce travail a été fait aux tranchées, dans des conditions d'existence pénible, au milieu de déplacements fréquents, parfois dans des circonstances de

lieux et d'actions qui furent critiques et qu'en conséquence toute documentation nous fut rendue impossible.

Ayant appartenu successivement à des groupes de brancardiers (corps et division), à une compagnie de génie et à un régiment d'infanterie, nous nous sommes proposé d'exposer très simplement mais très fidèlement ce que nous avons vu, et d'examiner quels sont, à notre point de vue, le rôle et les obligations du médecin auxiliaire en campagne.

Nous répartirons donc notre travail en trois chapitres :

Chapitre premier. — *Le médecin auxiliaire dans les groupes de brancardiers.*

Chapitre II. — *Le médecin auxiliaire dans une compagnie de génie.*

Chapitre III. — *Le médecin auxiliaire dans un régiment d'infanterie.*

CHAPITRE PREMIER

Le médecin auxiliaire dans les groupes de brancardiers

Les groupes de brancardiers se ramènent à deux types :

Les brancardiers de corps d'armée et les brancardiers de division.

Le rôle de ces groupements devait être d'assurer la relève des blessés sur le champ de bataille, de dégager les postes de secours et d'opérer l'évacuation des blessés sur les ambulances.

Au début, lors de la guerre de mouvements, de grands espoirs reposaient sur ces unités, mais, il faut l'avouer, presque constamment ces formations n'ont donné qu'un rendement bien insuffisant. Certes, si après chaque bataille, nous n'avions eu qu'à poursuivre l'ennemi, rien n'eût été plus aisé pour ces divers groupes que de panser les blessés, les relever et les diriger vers les premiers postes de secours.

Malheureusement le sort des armes nous fut d'abord défavorable, et, au groupe de brancardiers de corps auquel nous appartenions au début de la guerre, nous eûmes bien peu souvent l'occasion de

remplir la mission à laquelle nous et nos camarades, nous nous croyions appelés.

A cette époque, un groupe de brancardiers de corps comprenait 3 médecins-majors ou aide-majors et 8 médecins auxiliaires sous les ordres desquels se trouvaient environ 250 brancardiers.

Il nous faut arriver jusqu'à la bataille de la Marne pour voir notre groupe tout entier entrer en action ; et cependant le corps d'armée auquel nous appartenions avait pris part aux batailles de Virton et de Ethe en Belgique, au combat de Marville et avait tenu bon sur la Meuse !...

Pendant la fameuse retraite, c'est tout au plus si nous fûmes appelés deux ou trois fois auprès de quelques blessés, transportés par des brancardiers de régiment, ou même par leurs propres camarades, dans quelques granges, éloignées de plusieurs kilomètres de la ligne de feu.

En effet, les blessés se voyant à peu près privés de tout secours de la part des brancardiers régimentaires débordés et trop peu nombreux, tandis que les brancardiers de division et de corps restaient, en général, trop éloignés du champ de bataille, appelaient leurs camarades de combat et l'on voyait alors fréquemment arriver aux postes de secours des blessés que portaient des soldats combattants valides. Que de compagnies et de bataillons ont vu ainsi fondre leurs effectifs en un instant !

Il est juste de dire cependant que les brancardiers de division nous ont paru, même au début, avoir

rendu plus de services que leurs camarades, brancardiers de corps. Chaque nuit, en effet, ils se rendaient au poste de secours central du régiment et procédaient à l'évacuation des blessés qu'il contenait. Mais ce n'était là que la partie la plus minime et aussi la moins dangereuse et la moins glorieuse du rôle qui leur était dévolu. Ce qui était capital, ce qui devait être leur tâche primordiale, c'était d'aller chercher les blessés au lieu même de leur chute et de les ramener ensuite au poste de secours.

Avec l'armement actuel, il est de toute évidence que les brancardiers régimentaires ne peuvent suffire à la tâche qu'on leur assigne ; il serait rigoureusement nécessaire qu'ils fussent, en quelque sorte, doublés par les brancardiers de corps et de division. A notre avis, il faudrait que ces derniers fussent guidés et encadrés par nos brancardiers de compagnie pour la relève des blessés et c'est alors que les médecins auxiliaires pourraient remplir un rôle efficace et en rapport avec leurs études.

En pratique, que faisaient, en effet, les médecins auxiliaires ? En arrivant aux postes de secours centraux, nous trouvions les blessés pansés et prêts à être évacués. Leur transport du poste à la voiture se faisait par les brancardiers et l'évacuation s'effectuait sous la surveillance des hommes du train des équipages : à aucun moment, les médecins auxiliaires n'avaient à intervenir.

Il a vraiment fallu quelques circonstances tout exceptionnelles pour que, personnellement, nous

nous trouvions en toute première ligne et puissions faire œuvre de médecin.

Il est de fait que du mois d'août 1914 au mois de mai 1915, date à laquelle nous sommes passé aux brancardiers de division, le nombre des blessés relevés sur le terrain même de la bataille atteint avec peine quatre-vingts environ. En outre, deux cents blessés furent transportés par notre formation des postes de secours régimentaires aux ambulances, besogne que le service automobile sanitaire, parfaitement organisé maintenant, assurera facilement désormais.

Les faits qui précèdent nous amènent à former le vœu que tous les médecins-majors et médecins auxiliaires soient supprimés dans ces formations ; d'ailleurs, dans ce sens, une circulaire ministérielle a déjà réduit le nombre des médecins auxiliaires, tout au moins pour le groupe des brancardiers de corps.

Les soldats brancardiers de ces formations pourraient être répartis dans les différents régiments de ce corps d'armée ou placés sous la direction du médecin-chef de régiment et rendus aussitôt sur le terrain d'action avec l'unité à laquelle ils appartiendraient ; ils rendraient des services beaucoup plus importants et en rapport avec leur dévouement.

Que l'on ne voie pas cependant en ces lignes écrites en toute bonne foi et sincérité, une critique directe ou un reproche du personnel de ces brancardiers. Il nous est agréable, après l'avoir constaté,

de proclamer hautement qu'en plusieurs circonstances critiques et notamment aux combats de Verdun, lors de la prise du fort de Vaux, les brancardiers qui, chaque nuit, s'en allaient sous un feu d'artillerie de tous calibres et continu, dans un terrain découvert et presque sans boyaux, transporter des soldats grièvement blessés, faisaient preuve d'un courage et d'un dévouement dont pourraient justement s'enorgueillir les combattants eux-mêmes. Mais dans ces heures terribles, que faisaient les médecins de la formation ? Les médecins-majors doublaient le poste du médecin-chef du régiment, si bien que l'utilité des uns ou des autres se trouvait diminuée de moitié ; et les médecins auxiliaires, devenus en fait de véritables sergents de section, servaient de guides à leurs brancardiers ; en aucun cas, leur compétence médicale ne se trouvait utilisée.

Comme conclusion de cette étude sommaire sur ce qu' a été le rôle du médecin auxiliaire dans les groupes de brancardiers, nous demandons que, en temps de guerre de tranchées, lorsque la division ou le corps se trouve dans ces *secteurs dits calmes*, on verse les médecins auxiliaires de ces formations, tant qu'elles existeront, dans les ambulances où ils se retremperont dans ce milieu si intéressant, si captivant même qui leur rappellera leurs anciens hôpitaux. Là, tout en profitant de l'enseignement de leurs anciens maîtres, comme eux mobilisés aux armées, ou de leurs aînés, ils formeraient une véritable réserve dans laquelle on pourrait puiser au

fur et à mesure, des remplaçants bien préparés, à des camarades des régiments d'infanterie ou d'artillerie fatigués, blessés ou même tués.

CHAPITRE II

Le médecin auxiliaire dans une compagnie de Génie

Dans ce qui précède, nous avons vu combien restreint se trouvait être, au point de vue médical, le rôle du médecin auxiliaire dans les groupes divers de brancardiers.

Il en va tout autrement de celui que, dans une compagnie de génie, soit de division, soit de corps, il aura à remplir. Là, en effet, il sera livré à ses propres forces et n'aura à compter que sur lui-même. D'un seul coup, et malgré son modeste galon, il va se trouver chef de service ; il aura monté tous les échelons qui le séparaient du titre sonore de « médecin chef » ; mais d'avantages, il n'en recueillera aucun; il ne connaîtra que les charges, en particulier celles qui proviennent des inspections et d'une paperasserie assez compliquée. Nous notons d'ailleurs en passant que les inspections sont assez rares et se font dans un esprit bienveillant. Nos chefs se rendent généralement très bien compte des difficultés auxquelles nous nous heurtons, nous les jeunes, à qui notre modeste signe hiérarchique donne une

autorité par trop insuffisante. Quels excellents chefs n'avons-nous pas eus pendant notre séjour de plusieurs mois à la compagnie de corps du génie où le capitaine commandant se fit toujours un plaisir et un devoir de nous faciliter de toutes façons notre tâche et de nous accorder tous les hommes nécessaires à la bonne organisation du service médical.

Ainsi livré à ses propres moyens, à ses seules inspirations, outre les soins à donner aux sapeurs de la compagnie, le médecin auxiliaire aura à prendre toutes les dispositions pour assurer l'hygiène dans le cantonnement.

Comme les compagnies de corps et notamment celles de parc et de ponts se trouvent toujours relativement éloignées du front, les blessés par armes à feu, autrement dit les blessures de guerre, sont rares ; mais, par contre, il arrive de fréquents et graves accidents causés par le grand nombre de chevaux que nécessite le transport du matériel formidable de ces compagnies.

L'évacuation des grands blessés est toujours chose facile car le service automobile viendra promptement les chercher et les conduire dans une ambulance, tandis que les autres resteront à l'infirmerie ; ou bien, si la nécessité l'exige, ils seront transportés à l'arrière par les moyens de l'unité.

Quant aux compagnies divisionnaires ou compagnies de corps — 3 et 4 — c'est-à-dire les compagnies qui fournissent les travailleurs de combat, les sapeurs-mineurs proprement dits, leur éparpillement, leurs

nombreux échelonnements dans les divers secteurs ne permettent guère à leur médecin de donner ses premiers soins à leurs blessés. Dans la pratique, ils viendront presque toujours au poste de secours le plus rapproché d'eux, c'est-à-dire au poste de bataillon d'infanterie occupant les tranchées de cette position.

Ce n'est donc pas encore aux blessés de ces compagnies que le médecin-auxiliaire devra ses soins si actifs et si utiles.

Dès l'arrivée de la compagnie au cantonnement le médecin auxiliaire ne manquera pas en effet de besogne.

I. — Au cantonnement. — Rôle d'hygiéniste. Maladies contagieuses et épidémiques

Son premier soin sera de rechercher si quelque maladie contagieuse et épidémique règne dans l'agglomération. Au cas affirmatif, son devoir sera d'en rendre compte immédiatement au capitaine commandant qui, d'après son rapport, prévient, suivant l'autorité d'où il relève, le médecin de division ou le directeur du corps.

S'il ne s'agit que de quelques cas, faciles à isoler, les maisons seront consignées sévèrement et le médecin veillera à ce que les habitants de ces maisons n'aient aucun contact avec la troupe.

Grâce à ces mesures qui paraissent rigoureuses,

l'épidémie à ses débuts sera presque toujours facilement conjurée et l'on n'aura pas besoin de déplacer une compagnie tout entière, de la contraindre ainsi à aller plus loin se mettre à la recherche d'un cantonnement qui pourrait être moins bien installé et moins agréable.

Lorsque les malades entreront en convalescence, il y aura lieu de procéder à la désinfection des locaux. Si le médecin auxiliaire ne peut le faire par ses propres moyens, il aura toujours la ressource de faire appel à la section d'hygiène et de prophylaxie des G. B. C.

Il va sans dire que si l'épidémie se généralisait, un départ immédiat s'imposerait.

Feuillées

L'installation des feuillées réclame une attention toute spéciale et se fera dès l'arrivée au cantonnement, selon le type réglementaire : « sillons étroits et parallèles d'une largeur de pelle et d'une profondeur triple de la largeur ». Quelques branches de feuillage les masqueront à la vue.

Ces feuillées doivent se trouver assez près des hommes. Il faut, en effet, que ceux-ci n'aient pas trop à se déplacer les jours de pluie et surtout la nuit ; autrement, le cantonnement serait vite d'une saleté repoussante.

A ces premières feuillées qui seront difficiles à

entretenir, il faudra bientôt en substituer d'autres.

Le médecin auxiliaire fera creuser de grandes fosses carrées ou rectangulaires qu'il fera recouvrir d'un plancher démontable. D'autres planches assureront l'isolement complet. Ce seront alors de véritables water-closets faciles à nettoyer et à désinfecter chaque matin. Outre les récipients de chlorure de chaux qui sont réglementaires et permettent à chaque homme de faire une première désinfection, les brancardiers procéderont chaque matin à une désinfection générale au moyen de l'huile lourde de houille. Sous la surveillance du médecin, ils veillent au bon entretien de ces lieux « hospitaliers » que les hommes ne fuient plus comme ils le faisaient au début de la campagne.

Paille

Le médecin auxiliaire, dès le début de l'installation, aura presque toujours à lutter contre une grosse difficulté, causée par l'insouciance des troupes de départ et des troupes d'arrivée.

Souvent en effet, l'unité qui vient de séjourner au cantonnement le laisse dans un état très peu satisfaisant. Cette règle n'est cependant pas absolue et nous nous plaisons à constater que nous avons connu des unités qui, alors même qu'elles n'étaient que de passage, ont procédé d'une façon méticuleuse, à l'enlèvement de toutes leurs souillures. A leur arrivée

les hommes qui viennent de faire parfois une longue étape et qui, l'hiver, sont mouillés par la pluie et la neige, ne pensent qu'à se reposer ; ils se hâtent d'étendre la paille sèche et propre qu'ils viennent de recevoir sur celle qui reste — et dans quel état ! — de leurs devanciers. Les hommes couchent ainsi sur un véritable terreau, à peine modifié par un peu de paille, parfois même sur du fumier quand des chevaux les ont précédés dans ces lieux.

Il nous a fallu recourir à l'énergique concours de nos chefs pour remédier à cet état de chose si désastreux pour la santé des hommes. Il faut dire cependant que ceux-ci comprennent vite que c'est leur propre intérêt que nous avons en vue quand, avant qu'ils étendent leur paille nouvelle, nous exigeons d'eux des soins d'assainissement et d'hygiène et ils finissent par s'y conformer avec bonne volonté.

Four à incinérer

Tous ces détritus, restes des troupes précédentes, seront entassés à une distance d'une quarantaine de mètres des locaux occupés par les hommes et n'y séjourneront que le temps strictement nécessaire pour la construction d'un four à incinérer, ce qui se fait d'ailleurs très rapidement dans les compagnies de génie où les spécialistes de toutes sortes ne manquent pas ; que ces fours soient en briques ou en terre, ils répondent très largement aux besoins, quel

que soit le modèle adopté ; le four sera chaque matin alimenté par les matières combustibles ou inutiles qu'une équipe dite des « boueux » amènera à l'homme chargé de son entretien.

Eau de boisson

Si le premier devoir du médecin auxiliaire, chef du service médical de la compagnie, est de rechercher s'il existe des maladies contagieuses au cantonnement, l'un de ses soucis tout aussi urgent sera de se préoccuper de l'eau de boisson des hommes.

Il s'empressera donc de rechercher l'emplacement des différents puits de la localité et surtout de s'assurer qu'il n'existe à leur proximité ni fumiers, ni fosses à purin ; il y a certaines régions où l'on dirait que précisément ce rapprochement est chose voulue et raisonnée !

Grâce aux informations recueillies auprès de la population civile du pays et aux indications laissées peut-être par les troupes qui y ont séjourné antérieurement à l'arrivée de la compagnie, il pourra à première vue se faire une opinion sur la bonne ou mauvaise qualité des eaux de ces puits et les autoriser provisoirement,comme il pourra aussi en faire interdire le puisage.

Dossier sanitaire.

Il serait très utile que chaque unité à son départ,

laissât de petites planchettes indicatrices sur lesquelles on lirait suivant les cas « eau mauvaise » « eau potable ». Nous l'avons fait en maintes circonstances et, de la sorte, se trouvait simplifié le travail de ceux de nos camarades qui nous succédaient. Les hommes savaient ainsi dès leur arrivée où ils pouvaient faire leur provision d'eau.

Les résultats des examens des eaux examinées au laboratoire de corps d'armée ou d'armée doivent être réunis dans un dossier et celui-ci aidera le médecin auxiliaire, nouvel arrivant.

En toutes circonstances, l'eau ne devra être livrée à la consommation qu'après avoir été désinfectée dans de grands barils de 500 à 600 litres. Cette désinfection se fera toujours suivant les indications données par le service de santé: III à IV gouttes d'eau de javel concentrée pour 10 litres d'eau claire ; X gouttes pour de l'eau trouble. Cette eau ne séjournera jamais plus de vingt-quatre heures dans son récipient ; chaque soir, l'appel fait, l'infirmier de service passera près du tonneau, le videra complètement et le lendemain procédera à une nouvelle désinfection.

Si, environ trente minutes après la javellisation, l'excès de chlore est neutralisé par de l'hyposulfite de soude en quantité égale à l'eau de javel employée, l'eau ne présente plus aucune saveur désagréable. Pour ce qui nous concerne, ces premières précautions prises, dès le lendemain de notre arrivée au cantonnement, nous prélevions aux puits qui étaient

d'accès le plus facile et où l'eau semblait la meilleure, deux litres par puits. Ces échantillons étaient envoyés au laboratoire aux fins d'analyse.

Fumiers. — Purins. — Mouches

Dans les compagnies où il y a un grand nombre de chevaux, telles les compagnies 16e et 21e, le transport des fumiers hors du cantonnement ne présente aucune difficulté. Après entente avec les habitants, des corvées répartissent également dans les champs voisins les fumiers des animaux des fermes et de ceux de la compagnie.

Quant aux purins, on les désinfecte par le crésyl pur, le sulfate ferrique à 10 o/o et l'huile lourde.

C'est en procédant à ces divers nettoyages que notre lutte commençait contre les mouches, ces petits mais puissants ennemis qui sont, avec les poux et les puces, la terreur du soldat. A combien de procédés n'avons-nous pas eu recours pour donner satisfaction aux plaintes trop justifiées des hommes ! Sans doute, enfermés dans les garde-manger réglementaires, le pain et la viande étaient à l'abri du contact malfaisant ; mais ensuite ! que de combats impuissants pour les préserver, entre l'instant où ils en sortent pour la préparation des repas et celui de leur absorption par les hommes.

Un des procédés qui nous a paru le plus efficace a été celui-ci :

Nous mettions dans une assiette :

Formol.....	3	cuillerées à café
Eau.....	5	—
Lait.....	7	—

Il convient en outre de semer du sucre en poudre sur les bords de l'assiette.

Tous les deux jours les cuisiniers se présentaient à la visite du matin où ils recevaient le mélange préparé.

Hygiène individuelle du soldat.

Outre ces mesures d'hygiène et de salubrité collectives, nous avions aussi à nous préoccuper de l'hygiène individuelle du soldat qui se résume en somme aux soins de propreté.

Parmi ces mesures, celle qui s'imposait naturellement en premier lieu était la douche.

Douches.

Dans les régiments, où il y a intérêt à associer rapidité et économie, on employait les appareils du Touring-Club, mais dans les compagnies du génie, composées d'un nombre assez restreint d'hommes, nous devions confectionner un appareil. L'appareil était rudimentaire mais pratique. Nous avions utilisé un récipient à carbure.

Une section par jour passait aux douches et c'était

plaisir de voir avec quelle bonne humeur et quel entrain chaque homme se présentait.

Nettoyage et désinfection des effets.

Le nettoyage est toujours assuré par les corvées de lavage et il est très suffisant ; quant à la désinfection nous avons eu peu à nous en occuper au génie. Les « pouilleux », contrairement à ce que nous avons vu plus tard dans l'infanterie, y sont peu nombreux. Cela est dû aux conditions de vie moins pénibles, presque confortables d'une unité que l'on tient mieux en main et aussi à l'habitation assez prolongée dans des locaux tenus aussi proprement que possible. Cependant quelques cas isolés nous ont obligé à nous occuper de la destruction de ces insupportables parasites qui, faciles à tuer par la benzine ou l'essence d'eucalyptus, offrent cependant par les *lentes* qui se fixent dans les coutures des vêtements et dans les lainages une grande résistance à tous les efforts tentés pour s'en débarrasser. Employant le procédé de la sulfuration, nous essayâmes d'abord des appareils simples, faits au moyen de tonneaux, mais le meilleur résultat nous fut donné par un four à pain abandonné qui nous servait de chambre close. Vingt-cinq grammes de soufre par mètre cube que nous faisions brûler dans le four suffisait à débarrasser les vêtements des lentes récalcitrantes.

Quant au linge de corps, nous le faisions bouillir dans des chaudières. Enfin nous faisions faire aux hommes porteurs de parasites une friction à l'huile camphrée.

Un excellent procédé, qui est employé d'une façon courante au régiment de tirailleurs marocains consiste dans le repassage du linge, à sec et au fer chaud, notamment sur toutes les coutures.

Les hommes entrent dans la salle de douches ; leurs vêtements de corps sont placés dans une salle voisine par où ils sortent ; pendant le temps de la douche, des équipes procèdent rapidement au repassage à sec. La douche terminée, on leur remet des chemises et du linge propre, puis, leurs vêtements, dont les parasites et les lentes ont en grande partie disparu.

Ce procédé presque infaillible est aussi économique que rapide ; il a toujours donné satisfaction complète à mon frère, médecin aide-major à un bataillon de ce régiment.

D'autres parasites extrêmement gênants et extrêmement nombreux, ce sont les puces qui, outre les maladies épidémiques dont elles peuvent être les agents de transmission, causent aux hommes des fatigues surajoutées inutilement à celles déjà si grandes de la vie de tranchées.

Pendant l'été 1916, nous avons vécu de longues périodes où nous n'étions occupés qu'à combattre les puces ; en face de nous, l'ennemi était tranquille. Peut-être, comme nous, était-il suffisamment occupé

à chercher à combattre et à détruire ces détestables hôtes ?

Quant à nous, nous employions les mesures suivantes :

Remplacement de la paille au moins chaque semaine.

Balayage énergique du sol de façon à supprimer la partie sablonneuse. L'abri ainsi préparé, pulvérisation du sol et des parois de l'abri avec une solution crésylée à 10 o/o.

Au bout de deux heures, nous faisions étendre une couche de paille fraîche dans l'abri.

II. — Le rôle du médecin auxiliaire en dehors de son rôle d'hygiéniste dans les compagnies de génie

Les médecins auxiliaires, dans les compagnies de génie divisionnaires et de corps, auront chaque matin, à la visite, à examiner les mêmes malades que le médecin de régiment d'infanterie. Nombreuses sont les petites douleurs de caractère rhumatismal qui cèdent d'ailleurs facilement à l'aspirine et qui ne sont justiciables que de deux ou trois jours de repos. Les diarrhées, les bronchites, les embarras gastro intestinaux, les courbatures pyrétiques ou apyrétiques, voilà en quelques mots, les maladies que le médecin auxiliaire aura à soigner sur place, soit auprès de la ligne de tranchées, soit plus à l'arrière du front, sui-

vant la compagnie à laquelle il appartient. On observera peu de cas de gelures car le sapeur pourra, après son travail de quelques heures, se changer et se reposer. Pour les malades des unités de l'arrière, les soins seront naturellement plus faciles à donner car, cantonné dans quelque petit village désert ou très peu peuplé, le médecin trouvera assez facilement un local où installer une petite infirmerie avec lits en treillage métallique et où les malades seront toujours sûrs d'être à l'abri des intempéries.

Il est, en effet, de notre devoir strict d'évacuer le moins possible. Nous sommes en guerre et chaque homme qu'un traitement peut maintenir aux armées doit y être conservé. Au début de la campagne, la tendance à l'évacuation était générale; on craignait d'alourdir les formations de traînards qui auraient gêné la mobilité de l'unité. Que d'hommes furent ainsi évacués pour ces multiples petits malaises qui disparaissent au bout de quelques jours de repos (petites réactions fébriles dues à une infection ou à une intoxication bénigne), et qui, malgré un déplacement long et fatigant par voie ferrée, arrivaient à l'hôpital complètement guéris. Sans doute, les médecins de ces formations les « faisaient sortants » de suite, mais quel temps et quelles forces inutilement perdues pour le front car généralement plus de deux mois s'écoulaient entre le départ de ces petits malades et leur retour au milieu de ceux qui n'avaient pas cessé de combattre.

Aux compagnies de génie, le médecin auxiliaire

est le juge absolu des cas d'évacuation. Presque toujours complètement isolé, c'est à lui de prendre la « décision ».

Sans doute, c'est dans une pensée de bienveillance pour les étudiants en médecine, pourvus de nombreuses inscriptions, c'est-à-dire près de terminer leurs études, que M. Justin Godart avait prescrit qu'ils seraient, de préférence aux autres, placés dans ces compagnies ou dans des formations analogues (C. V. A. D., R. V. F., aviation). Mais depuis, en raison de la prolongation des hostilités, en raison aussi des services rendus par ces étudiants, du dévouement dont ils se sont montrés prodigues et qu'attestent leurs nombreuses citations, nombre d'entre nous avons été promus au grade d'aide-major et versés dans des régiments. Ce sont donc de jeunes camarades, encore plus inexpérimentés que nous qui sont appelés maintenant à porter tout le poids d'un fardeau lourd. Suivant la bonne ou mauvaise volonté qu'ils rencontreront chez certains chefs, ils vont se trouver en présence de nombreuses difficultés et, pour les vaincre, ils n'auront pas, avec leur modeste galon, une autorité militaire suffisante.

Que nos jeunes successeurs ne voient pas dans ces lignes une critique prématurée de leurs actes futurs ; nous voulons seulement les mettre en garde contre certains déboires par lesquels ils ne devront pas se laisser rebuter et leur rappeler que si la tâche est difficile, elle est aussi très belle et très

noble et qu'elle pourra leur donner de grandes satisfactions professionnelles.

Pendant notre séjour à la compagnie 4/16 (de juillet à décembre 1916), nous avons eu la bonne fortune de n'avoir que peu de malades sérieusement atteints ; les évacuations furent donc relativement rares et presque toujours dues à ces états fiévreux à manifestations gastro-intestinales, diagnostiqués « embarras gastrique fébrile » et qui parfois, dans les jours qui suivaient leur entrée à l'ambulance, évoluaient vers la « paratyphoïde ». La vaccination antiparatyphoïdique ayant été faite par notre prédécesseur, nous n'avons jamais eu de cas de fièvre typhoïde à enregistrer.

Bien que l'état sanitaire de la compagnie, imitant en cela celui des armées en général, se soit toujours montré aussi satisfaisant que possible, il ne faut pas en conclure que la présence du médecin ait été inutile. Nombreux chaque matin étaient les sapeurs qui venaient faire panser de petites plaies plus ou moins infectées, allant de la simple lésion dermique suppurante banale, aux infections plus profondes, compliquées de lymphangite et d'adénite. Nous mettions tous nos soins à les guérir afin de rendre moins longue l'indisponibilité momentanée de ces hommes, car il ne faut pas oublier que les sapeurs du génie, pour le plus grand nombre, sont des spécialistes et qu'ils sont souvent difficiles à remplacer.

En outre, dans ces formations où il y a un grand nombre de chevaux, des accidents plus ou moins

graves sont à craindre. Nous avons eu, en particulier, à constater deux fractures ouvertes de jambe par coups de pied de cheval, une déchirure de la cornée avec hémorragie de la chambre antérieure. Nous avons eu aussi à nous montrer d'une grande prudence pour des contusions abdominales dues à des coups de pied.

A la moindre lésion, nous employions sans hésiter le sérum antitétanique.

Notre attention s'est également trouvée attirée par des accidents cutanés fréquents, le sycosis de la barbe et l'ecthyma des jambes.

En résumé, le médecin auxiliaire d'une compagnie a une tâche très importante à remplir. Médecin chef d'une formation, quoique assimilé à un simple adjudant, il a toutes les responsabilités de l'officier sans en retirer aucun avantage. On comprend facilement que, dans sa modeste situation militaire, il ne trouve pas l'appui qui lui serait si souvent nécessaire.

C'est pourquoi nous croyons que, dans ces unités où la science médicale et hygiéniste est appelée à jouer un rôle de premier ordre, mais où les fatigues physiques sont plutôt modérées, il serait préférable de placer des médecins aide-majors territoriaux, qui y seraient certes mieux placés que dans l'infanterie où leur âge et leur état de moindre résistance ne leur permettent plus de rendre, dans leur plénitude, les services que l'on est en droit d'en attendre. On éviterait ainsi ces déplacements trop fréquents dans les régiments d'infanterie parce que les médecins

qui y étaient affectés, quoique remplis de bonne volonté et de dévouement, se sont vus trahis par leurs forces physiques. Personnellement nous avons connu dans des régiments, des médecins qui restaient à peine un mois à leur bataillon, ce qui était d'un fâcheux effet sur les hommes et en outre avait pour résultat de jeter sur le corps médical une suspicion bien imméritée.

Nous croyons donc que l'on pourrait affecter, dans ces compagnies isolées de génie, de « vieux aide-majors » ; leur compétence et leur expérience s'y trouveraient utilisées et la vie relativement confortable qu'on y mène, en dehors des heures de dangers et de périls — car il y en a parfois — ménagerait leurs forces et leur permettrait de la sorte d'y rendre des services incontestables.

Ainsi libérés et désireux de fonctions plus actives, les jeunes étudiants pourraient venir compléter, dans l'infanterie, les cadres des médecins auxiliaires dont le recrutement se fait de plus en plus rare et plus difficile et surtout ils éviteraient pour leur juvénile ardeur, l'ennui de ces longs stationnements de plusieurs mois.

Territoriaux et « Marie-Louise » trouveraient dans cette mutation une meilleure utilisation de leurs forces et de leurs aptitudes ; or, n'est-ce pas le but cherché et celui qui doit être atteint ? Utiliser chacun de nous pour en obtenir le meilleur rendement dans l'intérêt général.

Si l'on nous objecte que les cadres des compagnies

de génie ne prévoient pas d'aides-majors mais seulement des médecins auxiliaires, nous répondrons qu'aucun règlement n'est immuable et que ce qu'une circulaire a fait, une autre peut le défaire et modifier avantageusement cette première organisation ; nous avons déjà connu des exemples — qui étaient, il est vrai, des exceptions — où des aide-majors avaient été chargés du service médical dans ces compagnies ; malheureusement, ils étaient jeunes, alors que nous demandons que ces places soient exclusivement réservées à des aide-majors de l'armée territoriale.

Et si cette modification, pour quelques raisons d'ordre supérieur que nous ne connaissons pas, ne pouvait s'accomplir, nous souhaiterions alors qu'à tour de rôle, chaque médecin auxiliaire pût aller faire un stage de six mois dans ces compagnies. Elles seront pour eux des écoles d'initiative où ils acquerront rapidement l'expérience qui pourra faire d'eux plus tard d'excellents aide-majors.

CHAPITRE III

Le médecin auxiliaire dans un régiment d'infanterie

Nous venons de voir ce que sont et ce que devraient être les fonctions du médecin auxiliaire attaché à des formations indépendantes.

Faisant un bond en avant, nous allons maintenant examiner les attributions et les devoirs de celui qui, en somme est le premier échelon de l'organisation militaire du service de santé aux armées. Nous indiquerons les qualités qui lui sont nécessaires pour remplir ses devoirs, les moyens dont il dispose, ceux dont il pourrait et devrait disposer dans les circonstances si diverses de la vie mouvementée d'un régiment d'infanterie en campagne.

Dans la guerre telle que nous la faisons actuellement, le régiment sera toujours dans l'une des quatre situations suivantes :

Il sera stationnaire dans un cantonnement ou en bivouac au repos ;

Il se déplacera ;

Il occupera un secteur de tranchées ;

Il prendra part à des opérations plus actives qui

constituent la guerre de mouvements, la guerre en rase campagne.

Les besoins médicaux du régiment et par suite, les devoirs du médecin auxiliaire ne seront pas les mêmes en ces divers états; à chacun d'eux correspondra une règle de conduite spéciale.

Mais d'abord, il nous semble utile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur la situation personnelle du médecin dans un régiment. En effet, dans les pages précédentes, nous avons vu le médecin sous l'autorité presque unique du service de santé ; mais dans un régiment, sa situation se présente toute différente. Que le médecin soit médecin de bataillon ou même médecin chef de régiment — à plus forte raison, s'il n'est que médecin auxiliaire, il perd son autonomie ; il n'appartient plus uniquement au service de santé ; il fait et il doit réellement faire partie intégrale du régiment. A notre modeste avis, trop de médecins ne veulent pas admettre cette nécessité. « Nous sommes médecins avant tout », disent-ils ; nous n'appartenons pas au régiment ; l'autorité directe de qui nous dépendons ne saurait être le service de santé qui nous y a détachés ». Et il est, en effet, à remarquer qu'un médecin évacué et en état de reprendre du service, ne rejoint pas le dépôt du régiment mais va se mettre à la disposition de la direction du service de santé de sa région d'origine et que, de plus, dans le système actuel de répartition des médecins aux armées, le plus souvent, malgré son

désir, il lui sera presque impossible de revenir à son premier régiment.

Mais, s'il est vrai que le médecin ne se trouve en fait que seulement détaché temporairement dans un régiment, il nous semble de toute nécessité que, pendant ce temps, il se considère comme faisant partie intégrante de ce régiment. En conséquence, le médecin régimentaire devra avoir le commandement des rapports beaucoup plus fréquents, beaucoup plus intimes que ne veulent l'admettre la plupart des médecins et ceci nous paraît de nécessité absolue.

Qu'on nous permette une digression toute personnelle:

Pendant plusieurs mois, en qualité de médecin auxiliaire, nous avons eu la charge du fonctionnement médical du 2e bataillon du 53e régiment d'infanterie et c'est, durant cette période, que le régiment fut appelé à prendre part à la défense de Verdun. A une heure solennelle et qui précédait de bien peu le moment de l'entrée en action du régiment, le chef du bataillon réunit tous les commandants de compagnie sur la péniche que nous appelions pompeusement « bateau amiral » et qui servait en même temps de poste de secours. Il nous fit appeler également et, dans une sorte de conférence très simple et très concise, il nous exposa la situation ; à un certain moment toutefois, voyant que le commandant s'engageait nettement sur le terrain stratégique, nous voulûmes, par discrétion, nous retirer; mais, tout au contraire, il nous invita à demeurer en nous disant qu'il était de la

plus grande utilité, pour ce qui allait suivre, que le médecin pût connaître les dispositions de bataillon et les phases probables de la lutte qui, tout à l'heure, allait s'engager: ce n'est pas sans une réelle émotion que nous rappelons la sympathie dont, à ce moment critique entre tous, le commandant entourait son service de santé. Qu'il nous soit permis, à ce souvenir toujours vivant, d'adresser un hommage de profonde reconnaissance à ce chef de bataillon, le commandant Nadal, qui nous témoigna une si extrême bienveillance. Nous garderons toujours la mémoire du courage, du sang-froid, de l'esprit de sacrifice dont il nous donna l'exemple héroïque dans les jours terribles que nous traversâmes à ce moment ; il nous plaît de reconnaître que son calme imperturbable au milieu des plus grands dangers, sa confiance absolue dans le succès, exaltaient notre courage ; avec un si noble guide, nous ne pouvions connaître aucune défaillance.

L'obéissance même n'était plus seulement un devoir mais encore un véritable plaisir, et tous, subordonnés et hommes, nous n'avions qu'une voix pour le louer et qu'un cœur pour l'aimer.

Aussi, est-ce pour nous un véritable besoin d'associer le nom de ce chef d'une si haute valeur intellectuelle et morale à ceux de nos maîtres respectés de la Faculté et des Hôpitaux, et chaque fois qu'il nous est arrivé d'avoir à installer un poste de secours, c'est à ses conseils judicieux que nous avions recours

et toujours il nous dirigea et nous conseilla avec une compétence qui nous fut très précieuse.

Faut-il conclure de ce qui précède que le médecin de régiment doive abdiquer complètement sa personnalité et devenir en quelque sorte une simple unité du régiment? Tout autre est notre pensée ; *pour tout acte purement médical, il reste médecin et comme tel indépendant et responsable* ; autrement dit, il agira toujours en s'inspirant uniquement de sa conscience et de son devoir professionnel. La liberté de l'exercice de son art doit être entière ; ses actes médicaux, tels que diagnostics, traitements, rapports ne doivent subir aucune influence étrangère et, à l'occasion, il a le devoir de les soutenir et de les défendre ; mais quant aux conditions de lieux, de temps et autres circonstances passagères, elles peuvent lui être indiquées ou être modifiées par le commandant sans qu'il ait à s'en formaliser.

I. — Le médecin auxiliaire dans un bataillon d'infanterie au cantonnement

Ces considérations générales achevées, nous allons examiner les fonctions du médecin auxiliaire, dans un bataillon au repos.

Le médecin du bataillon étant chargé :

1° Des soins immédiats à donner aux malades ;

2° Des mesures d'hygiène ;

3° De certaines prophylaxies spéciales.

Le médecin auxiliaire, son adjoint, aura naturellement à remplir les mêmes fonctions, sous son autorité.

1° *Soins immédiats à donner aux malades*

C'est le plus souvent à ce que les hommes appellent la « visite » que le médecin auxiliaire verra les malades du bataillon. C'est en effet l'acte capital de la journée médicale.

Les conditions suivant lesquelles se passe la visite sont très différentes suivant les corps et suivant les cantonnements. Le plus souvent, à l'heure actuelle, le service médical du bataillon est tout à fait indépendant, c'est-à-dire que chaque médecin de bataillon passe la visite dans un lieu spécial dit « infirmerie » ou « poste de secours ».

Cependant, il est des cas où certains chefs de service préfèrent voir les différents services médicaux se grouper en un lieu unique ; ils peuvent aussi présider à la visite de tous les malades du régiment. Pour notre part, nous préférons le système du bataillon indépendant, car la visite se passe ainsi dans une atmosphère de plus grande tranquillité.

Dans un poste de secours de bataillon, il est déjà assez difficile d'obtenir le silence des malades qui attendent, des infirmiers qui assistent, des gradés qui accompagnent les malades. Multiplions les causes des bruits (entrées, sorties, interrogations, conversations,

etc., etc.) par trois et l'on comprendra facilement que tout examen sérieux, toute auscultation attentive soit rendus impossibles dans ces conditions.

La visite se passera donc par bataillon, et le médecin aide-major sera toujours assisté de son médecin auxiliaire.

Que fera celui-ci ? Adjoint par définition du médecin de bataillon, il en partagera toute la besogne. Pansements délicats, injections sous-cutanées et intra-musculaires, examen et auscultation des malades ; toutefois, le médecin aide-major étant seul responsable du traitement et de la décision à intervenir, on comprendra que le médecin auxiliaire aura le devoir de se montrer extrêmement discret vis-à-vis de son chef immédiat ; autant que possible il devra modeler sa façon de faire sur la sienne, surtout lorsque, soit à l'occasion d'une permission, soit à l'occasion d'une indisposition du médecin de bataillon, il se verra chargé seul du service ; c'est alors qu'il devra se mettre en garde contre une bienveillance ou une sévérité exagérées.

Notre tâche fut singulièrement allégée par le petit nombre d'hommes qui se rendaient à la visite quotidienne ; il est à remarquer, en effet, que pendant toute la durée des hivers 1915-1916 et 1916-1917, nous n'avions en moyenne que 14 à 15 malades à examiner chaque matin. Cette proportion s'est encore trouvée réduite pendant les beaux jours où elle n'atteignait plus que 8 à 10, et encore, parmi eux, les malades sérieux n'étaient-ils que l'infime minorité ; la

plupart était des surmenés, des fatigués, des furonculeux, de petits, tout petit blessés. Nous avons cependant été frappé, depuis environ trois mois, du nombre assez considérable d'hommes présentant des souffles extra-cardiaques. Nous avons eu également à traiter quelques cas de ces « fièvres de tranchées » caractérisées par une violente céphalée occipitale, par des élévations de température subite atteignant 39-40 degrés et plus et qu'accompagnaient de violentes douleurs lombo-sacrées, musculaires et articulaires du membre inférieur, à prédominance marquée au niveau du tiers inférieur du tibia. Malheureusement la nécessité d'évacuer ces malades nous obligeait à ne pas les suivre comme nous l'aurions désiré. En aucun cas nous n'avons enregistré de tuméfaction spléniques.

Pour rester dans la note exacte, il faut ajouter aussi à la liste des malades qui se présentaient, quelques mécontents qui cherchaient à obtenir de la bienveillance du médecin, une exemption de corvées ou de quelque autre exercice. Et, presque toujours, c'est vers le médecin auxiliaire que ceux-ci se dirigent d'instinct ; c'est dans ces cas qu'il lui faut se défendre contre le sentimentalisme et congédier, sans les froisser, ces soldats momentanément défaillants. Petit à à petit, on apprend ainsi à connaître les habitués, ce que nous appelions les « fidèles » de la période de repos. Chose curieuse, et nous l'avons souvent remarqué, c'est seulement au cantonnement qu'ils viennent ainsi se présenter à la visite ; à la tranchée,

ils vont au travail, pénétrés du même esprit de labeur et de devoir que leurs autres camarades.

Quant aux fatigués, aux petits blessés, il faut se rappeler que, hormis les jours de marche ou d'alerte, ce repos d'une journée qu'est « l'exemption de service » est souvent suffisant pour enrayer un malaise et l'empêcher de se transformer en quelque autre chose de plus grave ; aussi nous en usions largement.

L'examen médical des malades et la décision à prendre ne sont pas les seuls actes médicaux de la journée. La surveillance des hommes en observation à l'infirmerie doit se faire sous la direction des deux médecins de bataillon. Discrètement, le médecin auxiliaire veillera à la bonne administration des médicaments prescrits, à l'application des pansements, à la propreté des mains du personnel, à celle des instruments (bistouris, ciseaux, abaisse-langues, cuvettes, etc) ; et ainsi, sans faire de bruit, en restant dans son rôle aussi modeste qu'utile, il sera d'un très grand secours pour son médecin aide-major de bataillon.

2° *Mesures d'hygiène*

En dehors de sa fonction purement médicale, le médecin auxiliaire, guidé par son aide-major, aura encore un double rôle à remplir, celui d'hygiéniste et d'instructeur des brancardiers placés sous ses ordres directs.

Nous n'insisterons pas sur ses fonctions d'hygiéniste, ayant traité cette question avec développement dans une partie précédente de notre travail. Qu'il s'agisse en effet d'hygiène individuelle (toilette journalière, douches, épouillage) ou d'hygiène collective (eau, feuillées, fours à incinérer, fumiers, etc), les obligations de l'hygiéniste sont les mêmes dans l'infanterie que dans une compagnie de génie. La seule différence, et elle est notable, c'est que si les mesures sont aisément exécutées dans les petites formations, il n'en va plus de même quand il s'agit de rassemblements nombreux. Les cantonnements situées dans des lieux démolis, brûlés ou encore bombardés sont très difficiles à organiser.

Cette condensation d'hommes fatigués arrivant des tranchées, souvent couverts de boue et de vermine, rend très difficiles les mesures de propreté qui précisément ne sont jamais aussi nécessaires. On ne peut pas se faire une idée de la patience qu'il faut au médecin auxiliaire pour venir à bout de faire exécuter ses instructions. Que de fois, il lui faudra, dans la même journée, recommencer le même travail ! Par son obstination, il faut qu'il arrive à vaincre l'insouciance de tous ses hommes, dont la fatigue de nuits très laborieuses, par conséquent sans sommeil, passées en première ligne, est la meilleure des excuses. Il faut avouer que c'est un rôle bien ingrat qu'il a alors à remplir, dans lequel il lui faudra, pour arriver à quelque bon résultat, se montrer toujours d'excellente humeur et plein d'ardeur et de

bonne volonté ; s'il en est ainsi, il trouvera une douce récompense dans la confiance que les hommes finiront par lui témoigner.

C'est encore au cantonnement que le médecin auxiliaire s'occupera de la formation morale, physique et professionnelle des brancardiers, qu'au combat, il aura à conduire et à diriger. Il lui appartient donc de les connaître personnellement pour les former à sa façon et se rendre compte de ce qu'il peut exactement en attendre ; en un mot, il doit les organiser.

Une des grosses erreurs du début de la campagne fut de donner, aux médecins, des brancardiers qui étaient les déchets des compagnies ; c'étaient les faibles de constitution, les incapables de porter le sac et le fusil. Et pourtant combien plus incapables ils étaient d'assurer le transport des blessés ! Parfois aussi, c'étaient des soldats indisciplinés, difficiles, des « fortes têtes » dont on se débarrassait. Le résultat ne se fit pas attendre et les équipages, en nombre déjà très insuffisant, ne donnèrent qu'un minimum de rendement. Heureusement ces mauvaises pratiques furent de courte durée ; le commandement comprit vite qu'il fallait abandonner la routine et les préjugés du temps de paix pour s'en tenir aux besoins du temps de guerre, et les brancardiers, proposés par le commandant de compagnie, acceptés par le médecin de bataillon et nommés par le chef de bataillon ne tardèrent pas à être choisis par les hommes d'un courage à toute épreuve, d'un dévoue-

ment inlassable et d'une force physique suffisante pour résister aux fatigues de leur très dure besogne.

Ce nouveau recrutement, on le comprend aisément d'ailleurs, a beaucoup facilité la tâche du médecin auxiliaire, quand il s'est agi de leur instruction proprement dite de brancardiers.

Dans une guerre d'une aussi longue durée, il n'est pas de caractère qui, à quelque moment, ne soit sujet à défaillance. Il appartient aux médecins de bataillon de veiller soigneusement sur l'état moral de leurs brancardiers ; pour cela, ils s'efforceront de gagner leur confiance de façon à ce que ceux-ci n'hésitent pas à leur confier, le cas échéant, leurs peines et leurs difficultés ; alors il est rare que quelques bonnes paroles d'estime et de sympathie, dites à propos, ne suffisent pas à soutenir leur énergie et à maintenir leur force et leur vigueur morales.

Peu de chose à faire au point de vue de l'instruction physique. Les soldats d'infanterie subissent d'une façon continue, quelle que soit leur situation au régiment, un entraînement intensif qui les rend, à n'importe quel moment, aptes à fournir l'effort nécessaire et demandé. Le soldat brancardier ne déroge pas à cette règle. C'est donc à l'instruction professionnelle que le médecin auxiliaire devra apporter tous ses soins. C'est en effet le brancardier qui fera le premier pansement du blessé, souvent dans la boue, quand il le recueillera. Il importe qu'il le fasse bien, avec la plus grande rapidité et qu'il assure son transport immédiat ; car, dans

l'intérêt du blessé et aussi pour la sauvegarde personnelle des brancardiers; il est nécessaire d'être aussi vite que possible hors de la portée des coups directs de l'ennemi. C'est dans ce but que, chaque matin, à la visite, nous faisions faire par des brancardiers, à tour de rôle, les pansements aux petits blessés : c'était l'exercice pratique et individuel. En outre, au moins une fois par semaine, nous leur faisions collectivement des démonstrations pratiques sur la façon d'immobiliser, par des moyens de fortune, un membre fracturé ou d'arrêter une hémorragie (lien, garrot, tourniquet). Nous insistions beaucoup moins sur la façon de porter les blessés car les bouleversements du terrain par les obus, l'étroitesse des boyaux, lorsqu'il en existe encore, ont rendu absolument superflues les superbes descriptions qu'offrent les divers manuels du brancardier. Ces notions qui, pourtant sont très exactes, apparaissent comme trop exceptionnellement exécutables pour que nous ne nous les ayons pas laissées de côté ; nous nous en tenions à la réalité !

Nous leur développions également quelques notions générales d'hygiène et les résultats que nous avons obtenus étaient tels que nous pouvons dire que tous les services hygiéniques se faisaient au bataillon d'une façon pour ainsi dire automatique.

3° *Prophylaxies spéciales*

C'est encore dans ces petites réunions que nous

leur faisions entrevoir les dangers de l'alcoolisme et des maladies vénériennes, convaincu que nous étions qu'ils seraient les actifs propagateurs de nos conseils auprès de leurs camarades.

Nous leur enseignions aussi, théoriquement et pratiquement, à lutter contre les gaz nocifs. C'est, assistés des brancardiers, que le médecin de bataillon et le médecin auxiliaire habituent les hommes au maniement et à l'application des masques contre les gaz. Chacun d'eux doit être examiné et le bon entretien soigneusement vérifié. Lors des expériences en chambre chlorée, il est bon de leur expliquer, après être soi-même passé au milieu des vapeurs, quelle tension considérable elles ont, tension qui en réalité ne se retrouvera jamais en plein air. Au début des émissions gazeuses faites par les Allemands, les hommes se montraient incrédules au sujet de l'efficacité de leurs masques ; il faut dire que les changements fréquents des modèles contribuaient à augmenter leur défiance. Grâce aux expériences faites au repos, il ne reste plus un seul homme qui ne soit convaincu de la protection certaine du masque.

Cependant il arrive que des accidents, heureusement isolés et rares, se produisent, soit par l'affolement du troupier qui ajuste mal son masque, soit peut-être parce qu'il a été surpris pendant le sommeil; c'est alors qu'on voit combien le médecin auxiliaire a été heureusement inspiré en apprenant aux brancardiers à pratiquer la respiration artificielle, car ils eurent plusieurs fois l'occasion de

l'utiliser à la suite de cas d'intoxication produits par l'oxyde de carbone, que dégageaient les réchauds des abris.

A juste titre donc, la lutte contre l'intoxication des centres respiratoires faisait partie du programme d'instruction que nous faisions à nos brancardiers et que d'ailleurs, d'une façon générale, nous nous efforcions de vulgariser parmi tous les hommes du bataillon.

Enfin il appartient encore au médecin auxiliaire, pendant la période de repos, d'expliquer à ses brancardiers le mécanisme des appareils pour « sauvetage » (Dræger, Tissot, appareil à oxylithe); ceux-ci, en effet, rendent de grands services en permettant de dégager les hommes ensevelis soit dans des abris effondrés et soumis à des émissions gazeuses, soit dans des mines « camouflétées ».

Ce sont ces instructions, faites avec persévérance et dont nos brancardiers avaient tiré parti, qui nous ont permis, chaque fois que nous sommes allé en ligne ou au combat, de nous y rendre la conscience tranquille, parce que nous étions sûr qu'aucun d'eux ne faillirait à ses devoirs et que nous pouvions tout en attendre.

II. — Le médecin auxiliaire pendant l'étape

On peut définir ainsi l'étape : c'est la marche en colonne sur un terrain non soumis au feu de l'ennemi

et par laquelle le bataillon change de cantonnement.

Si, dans le génie, la cavalerie ou l'artillerie, l'étape n'est le plus souvent qu'un incident de la vie de l'unité sans aucun intérêt médical, il n'en est pas de même dans l'infanterie.

Là, l'étape est un acte important pour l'aide-major et surtout pour le médecin auxiliaire, il doit s'y préparer et y préparer son étape. Se préparer lui-même, c'est le fait d'un entraînement vite acquis et c'est en même temps un devoir, car le médecin auxiliaire qui marche sans charge se doit de donner l'exemple aux hommes et il serait inadmissible de le voir mollement bercé dans une voiture alors que devant lui un millier de pauvres fantassins « marchent la route » pliés sous le poids du sac.

La préparation de l'étape se fait à la visite. Là, on surveillera attentivement les excoriations des pieds; on traitera cette hyperhydrose plantaire qui oblige parfois d'excellents soldats à se laisser tomber, vaincus par la souffrance, alors que, de toute leur volonté, ils désireraient suivre leurs camarades. Enfin on facilitera l'étape en allégeant du poids du sac ceux qui, à la visite, ont été reconnus fatigués.

Au cours de l'étape, le médecin auxiliaire se tiendra avec les brancardiers si ceux-ci sont groupés à la suite du bataillon, comme cela a lieu dans nombre de régiments et comme le prescrit le règlement du service de santé, ou bien avec les infirmiers seulement dans le cas contraire. Au besoin il les encouragera et, par son entrain, il leur rendra et se

rendra à lui-même l'étape plus courte, le chemin plus agréable.

Un homme tombé sur la route ou dans un fossé lui est-il signalé ? Il se portera vivement vers lui, l'examinera rapidement et prendra une décision. Le plus souvent, il suffit d'alléger l'homme, de lui faire quitter sa veste, de ne lui faire conserver que la capote, de desserrer sa cravate; il pourra l'autoriser à attendre le passage de la voiture médicale. Ces incidents assez souvent répétés — mais vite réglés — lui causent un léger retard sur le bataillon qu'il se hâtera de rejoindre. Mais il se présente des cas plus graves, où le médecin auxiliaire n'hésitera pas à faire appel au médecin aide-major et à laisser s'éloigner le bataillon, quitte à ne le rejoindre qu'à l'arrivée au cantonnement.

Cependant ces cas sont heureusement assez rares, car avec la guerre de tranchées les étapes sont généralement courtes et l'homme connaît sa route pour l'avoir faite d'autres fois, ce qui est un avantage et un encouragement. Il n'en était pas ainsi pendant les marches de concentration du début de la guerre. Mon frère, qui était alors médecin auxiliaire d'un régiment d'infanterie de réserve, m'a souvent parlé de la première étape qu'il fit avec son bataillon. Les hommes qui avaient voyagé quarante-huit heures dans des wagons surchauffés, qui avaient en outre largement profité de la générosité des nombreux spectateurs civils qui se pressaient dans toutes les gares sur leur passage, se virent, au débarqué,

obligés de faire 24 kilomètres à pied, sac au dos, sous un soleil de plomb. Pendant les 20 premiers kilomètres, la marche fut normale, mais les 4 derniers kilomètres virent l'effondrement du bataillon. Nombreux furent les hommes qui durent être laissés dans les fossés; on fut obligé de réquisitionner des voitures pour leur transport et, à leur arrivée à l'hôpital temporaire d'O..., malgré tous les soins qui leur furent prodigués, cinq d'entre eux moururent. Les hommes, arrivés à l'étape, reposaient déjà depuis longtemps que les médecins luttaient encore dans une salle d'école transformée en infirmerie pour soustraire plusieurs soldats au mortel danger qui les menaçait.

La halte-horaire elle-même, qui est un repos pour tous, ne l'est pas pour le médecin auxiliaire. Ces dix minutes de répit lui permettent de jeter un coup d'œil dans les compagnies ; il se rendra compte s'il s'y trouve des hommes particulièrement fatigués, il verra s'ils ne sont pas trop couverts et il stimulera la bonne volonté de tous. Il aura à empêcher que les hommes n'aillent se rafraîchir au ruisseau voisin ou au fossé, plus proche encore. Il s'opposera surtout à ce qu'ils ne se rendent dans des cafés pour y chercher, dans l'alcool, un facteur d'énergie illusoire.

Si les étapes se font dans ces conditions grâce à la fermeté dont certainement le médecin auxiliaire aura dû faire preuve, il aura aussi la satisfaction de voir diminuer, de façon notable, le nombre des traînards et, de pénibles qu'elles étaient, ces étapes devien-

dront pour tous, sinon d'agréables promenades, du moins des déplacements dépourvus de toute fatigue inutile et exagérée.

III. — Le médecin auxiliaire dans un secteur de tranchées

Nous rappelons qu'un médecin auxiliaire, prévoyant et soucieux de l'organisation et du bon fonctionnement de son service d'évacuation aura dû s'appliquer au cantonnement, et dans l'intérêt du bataillon, à former moralement et professionnellement son personnel de brancardiers.

C'est dans un secteur de tranchées qu'il sera surtout à même de se rendre compte du succès de ses efforts et d'apprécier les utiles services de ces auxiliaires dévoués et précieux.

Comme type, nous prendrons un secteur où l'agitation est moyenne en laissant de côté, de propos délibéré, le secteur trop *calme*, organisé depuis le début de la guerre de position et où l'ont rouve un confort presque moderne ! Un heureux hasard nous y fit vivre quelques jours seulement, et nos regrets furent réels de quitter si vite ces lieux véritablement agréables. Les blessés y sont extrêmement rares et médecins et brancardiers n'ont guère autre chose à faire que de veiller à l'entretien et à la propreté d'installations perfectionnées constamment par les régiments qui s'y succèdent. Nous laisserons également de côté

le secteur *très agité*, où les tranchées et les boyaux n'existent guère plus que sur le plan directeur. Quand nous parlerons du médecin auxiliaire au combat, nous y reviendrons ; nous n'allons donc envisager actuellement qu'un secteur de combativité moyenne, tel que celui où nous vécûmes pendant l'hiver 1915-1916 et l'été 1916.

1° *La relève*

Le jour du départ aux tranchées étant fixé, les reconnaissances faites préalablement (emplacements des P. S. d'artillerie, génie, intermédiaire des G. B. D, lignes de soutien) par le médecin de bataillon et le médecin auxiliaire, le bataillon quitte le cantonnement dans la formation de marche.

A un moment donné, soit pour traverser un terrain battu par l'ennemi, soit pour éviter l'encombrement dans un passage difficile, rendu particulièrement dangereux par l'obscurité de ces nuits de relève dont le souvenir est à jamais impérissable pour ceux qui les vécurent, le médecin auxiliaire et deux infirmiers quittent la queue du bataillon pour se transporter à la suite de la deuxième compagnie de tête afin d'y prendre les dispositions nécessaires au cas où des événements graves viendraient à se produire pendant le passage dangereux de la relève.

Le médecin aide-major suivait les deux dernières compagnies et agissait de même.

Avec ce dispositif, les brancardiers, au cas d'accidents possibles, et heureusement peu fréquents, savaient de suite où s'adresser pour avoir du secours, et des soins éclairés se trouvaient donnés avec la plus grande rapidité possible.

Les consignes des brancardiers étaient les suivantes : dès qu'un blessé était signalé, deux brancardiers accouraient près de lui ; un troisième continuait avec sa compagnie et le quatrième allait immédiatement, suivant les cas, prévenir le médecin de bataillon ou le médecin auxiliaire, et puis il rejoignait de nouveau sa compagnie, ayant en somme rempli le rôle d'un agent de liaison.

Suivant la gravité de la blessure, l'homme touché, ou bien suivait le bataillon jusqu'au poste de secours central du régiment ou bien était transporté sur un brancard au poste de secours le plus rapproché par les deux premiers brancardiers. Évidemment cette manœuvre, qui souvent nous a donné de bons résultats, n'est pas toujours facile à exécuter. Sans doute nombre de relèves se font sans incidents mais, par contre, il en est malheureusement d'autres ou plusieurs hommes, touchés en même temps, restent sur le terrain grièvement blessés tandis que le bataillon a continué sa marche en avant ; le médecin de bataillon est naturellement obligé de le suivre et c'est alors que le médecin auxiliaire reste seul près d'eux, avec quelques brancardiers, huit au maximum, pour procéder aux premiers soins et à l'évacuation de ces blessés vers le poste le moins éloigné. Que

les minutes paraissent longues dans ces moments, que de paroles d'encouragement, d'affection et de réconfort il est nécessaire d'adresser à ces malheureux hommes qui, après leur pansement, se voyant isolés dans l'obscurité, se laissent aller à un découragement et à un désespoir facilement explicables et qu'augmente encore leur impatience à voir venir les secours demandés et qui leur paraissent ne devoir jamais arriver.

Et c'est seulement lorsque les blessés étaient transportés en lieu sûr, que le médecin auxiliaire, après avoir réglé leur évacuation vers l'arrière, pouvait rejoindre le poste de secours du bataillon.

2° *Aux tranchées*

La durée du séjour aux tranchées est ordinairement fixée à l'avance ; en général, elle est de huit jours.

L'organisation du personnel sanitaire, après différents essais, avait été définitivement arrêtée d'accord avec le chef de bataillon et le médecin chef du régiment, de la façon suivante :

Si le poste de secours était situé à peu près au centre du bataillon, médecins, infirmiers et deux brancardiers par compagnie s'y trouvaient. Si, au contraire, le poste de secours était à une extrémité latérale du bataillon (disposition qui s'explique par les fluctuations dues au glissement sur la droite ou la gauche, ordonnées par le commandement) le médecin

de bataillon et le médecin auxiliaire se séparaient après s'être divisé le personnel infirmier et assuraient, chacun de leur côté, le service du secteur qui leur incombait.

Nous ne nous occuperons que de la première de de ces deux dispositions car elle est de beaucoup la plus fréquente. Le poste de secours, en plus des médecins et infirmiers, renfermait donc huit brancardiers et ceux-ci, au bout de quatre jours, allaient remplacer leurs camarades restés en ligne avec leurs compagnies respectives.

Le médecin aide-major, dès l'arrivée en ligne, commençait — et si possible en plein jour — la reconnaissance complète et détaillée du secteur de bataillon (Installations des tonneaux d'eau ; vérification de la désinfection de cette eau et des récipients ; organisation des feuillées ; lutte contre les gaz : vermorels et bidons de liquide hyposulfités, rideaux et abris anti-gaz, dépôts de masques de réserve ; installation des abris de repos des hommes ; reconnaissance des divers postes de commandants d'unités ; boyaux d'évacuation des petits postes au poste de secours du bataillon et de celui-ci vers le poste de secours central).

Ayant ainsi jugé rapidement mais suffisamment quel était le point pariculièrement délicat ou défectueux sur lequel il convenait de concentrer son premier effort, il faisait exécuter, d'accord avec le médecin auxiliaire, les travaux jugés nécessaires.

Aux tranchées, tout autant et peut-être plus

qu'ailleurs, le médecin auxiliaire est le collaborateur précieux de son aide-major ; pendant que celui-ci passe la visite des hommes malades, il va se rendre compte que la désinfection des eaux de boisson a bien été faite, que les feuillées ont été nettoyées, que celles qui ne semblent plus devoir assurer les conditions de propreté nécessaire ont été comblées et remplacées ; tous les deux, chacun de leur côté, vont aux petits postes de chaque compagnie visiter les quelques hommes qui y séjournent pendant vingt-quatre heures consécutives et s'entretenir un peu avec eux. Une marque d'intérêt personnel, témoignée à propos, les mettent rapidement en confiance et suffit quelquefois à relever leur moral et à leur faire oublier momentanément leurs fatigues. Il faut que ces hommes sachent bien que tout ce qu'il est possible de faire pour améliorer les conditions si dures de leur existence n'a pas été négligé par leurs chefs ; sans les plaindre, ce qui pourrait amollir leur courage et donner sujet à défaillance, les médecins du bataillon doivent remplir près d'eux un rôle de soutien moral, leur faisant bien sentir que eux, comme tous leurs supérieurs, comprennent ce qu'est leur vie d'abnégation et la grandeur du sacrifice qu'ils font à la Patrie.

Cette petite visite journalière aux points ultimes de la ligne a aussi un autre résultat qui est de stimuler en nous l'énergie qui nous est si nécessaire et de nous familiariser avec le danger ; pour nous personnellement, nous avons recueilli, dans ces

lieux, des exemples de calme et de sang-froid qui nous ont émerveillé et devant lesquels nous sommes heureux de nous incliner ; c'est avec une réelle émotion que nous nous les rappelons. De son côté, le soldat reçoit de ces visites l'intime conviction que médecins et brancardiers seront toujours prêts à le secourir quels que soient le danger et le lieu où il se trouvera.

On ne saurait l'oublier, et les pertes en médecins auxiliaires sont là pour l'attester, nos camarades ont très bien compris quel était leur rôle moral auprès des hommes. Leur esprit de sacrifice et de dévouement s'est révélé en de nombreuses circonstances, et, quoique jeunes dans la carrière médicale, beaucoup ont su, du premier coup, s'élever jusqu'aux plus hautes cimes du sublime et l'ont payé de leur vie ; ils se sont aussi montrés dignes de nos Maîtres, et des conseils et des exemples qu'ils en avaient reçus.

A tous nos camarades morts dans l'accomplissement de leur devoir patriotique et professionnel, nous dédions ces quelques lignes émues, pieux hommage rendu à leur mémoire et à leur héroïsme.

Au cours de cette visite quotidienne, le médecin auxiliaire s'assure que les deux brancardiers de service à la compagnie sont toujours bien à leur poste. Celui-ci, en principe, se trouve près du poste de commandement du commandant de l'unité, c'est-à-dire aux abords de la liaison de compagnie. Survient-il quelque incident dans le secteur de la compagnie ? le capitaine en est instantanément informé.

Y-a-t-il des blessés ? Le capitaine en fait aussitôt aviser les brancardiers qui se rendent immédiatement auprès d'eux ; ils leur donnent les premiers soins, les mettent à l'abri autant que faire se peut et, bien vite, l'un d'eux, que nous appelons le « brancardier mobile », va demander du renfort au poste de secours du bataillon.

Pendant ce temps, le second brancardier, que nous dénommons le « brancardier fixe », parce qu'il ne doit, sous aucun prétexte, quitter la ligne, demeure près des blessés. Cette manière de faire nous a rendu les plus grands services et la rapidité des évacuations avec un minimum de fatigue, était telle qu'avec un personnel très restreint nous pouvions parfaitement assurer le service entre les premières lignes et le poste de secours du bataillon. Là, où l'évacuation, était le plus arduc, c'était entre ce dernier poste et le poste de secours régimentaire, distant en moyenne de 800 à 1200 mètres à parcourir par les boyaux.

Nous étions obligé de faire accomplir ce long trajet par les huit brancardiers qui se tenaient près des médecins du bataillon et nous savions que ces hommes s'étaient déjà rendus en première ligne d'où ils avaient transporté les blessés au premier poste. Il convenait donc de ne pas trop compter sur eux dans ces circonstances, en raison de leurs fatigues excessives ; on comprend en effet que ces petits boyaux rétrécis, encombrés et bombardés, n'offrent pas les facilités des grands boyaux d'évacuation de la deuxième ligne.

Il faudrait que des brancardiers, sur appel téléphonique, puissent venir du poste de secours central ; suivant le nombre de blessés signalés, le médecin chef enverrait le nombre d'équipes nécessaires. Malheureusement dans la pratique la chose est impossible parce que, d'après les règlements, le poste de secours central, dirigé par le médecin chef, n'a régulièrement ni infirmiers, ni brancardiers. Sans doute, il est bien dit qu'en cas de combat, le médecin chef gardera près de lui le personnel qu'il jugera nécessaire. Mais ces brancardiers où les prendra-t-il ? Dans les bataillons ? Non, car il sait trop bien, par expérience, combien insuffisant y est déjà le personnel sanitaire. La musique, cette réserve importante de brancardiers au moment des combats ? Mais les bombardements et les attaques se font généralement par surprise et la musique qui stationne au cantonnement de repos de l'arrière, c'est-à-dire à 12 ou 14 kilomètres serait trop longue à arriver dans une région qui lui est inconnue ; dans ce labyrinthe de boyaux et de tranchées, on fait vite fausse route et ce renfort arriverait trop tard.

A notre avis, il semblerait utile que les brancardiers divisionnaires au nombre de cent cinquante fussent partagés entre les trois régiments d'infanterie de la division. Nous aurions ainsi un appoint de cinquante brancardiers par régiment, et, sur ce nombre, dix pourraient être adjoints à ceux de chaque bataillon et vingt resteraient à la disposition du médecin chef.

Avec ce personnel supplémentaire, nous pourrions, nous médecins de bataillon, faire évacuer directement et par nos propres moyens nos blessés vers le poste de secours central ; et les vingt brancardiers de ce dernier poste serviraient de relais jusqu'au point où il est possible aux automobiles de la section sanitaire de parvenir.

En cas de violentes et longues actions, les musiciens appelés téléphoniquement auraient le temps de venir prêter main forte à ces vingt brancardiers et, tous ensemble, fourniraient un rendement très satisfaisant et décongestionneraient rapidement les différents postes de secours du régiment.

Suppression des G.B.D., unité de direction, amélioration du service régimentaire et de l'hygiène des secteurs par cet apport de soldats bien entraînés et qui restent actuellement en deuxième ligne, tels seraient les principaux avantages de cette nouvelle organisation.

De même, nous supprimerions les G. B. C. en tant que formation distincte et ces brancardiers trouveraient leur place naturelle dans les régiments d'artillerie.

De cette manière, les médecins chefs des divers régiments seraient mieux et plus rapidement secondés. Les services sanitaires plus régulièrement organisés auraient l'avantage d'être mieux groupés et par conséquent mieux tenus en main. Connaissant parfaitement les différents secteurs, la place des postes de secours de bataillon, les médecins chefs sont

à même, mieux que quiconque, de connaître et d'apprécier des difficultés qui sont très variables, sans cesse renouvelées et ils pourraient ainsi prendre toutes les dispositions utiles pour l'évacuation des blessés.

Sans parler des économies sérieuses — pourtant non négligeables — qui résulteraient de la suppression de ces différentes unités hétéroclites qui, en cas d'attaque, sont tiraillés en tous sens et ont à subir les réclamations fondées des régiments, l'organisation que nous préconisons aurait pour heureux résultat de libérer de nombreux médecins qui souffrent de n'avoir pas ou presque jamais à se rendre utiles, alors qu'ils voient dans les régiments tant d'occasions de se dépenser et de donner ainsi libre cours à leur envie de coopérer au soulagement de nombreux blessés. On nous a laissé supposer que l'on aurait tendance à faire cette transformation. Il faut s'en féliciter puisque ce serait, à notre avis, l'occasion d'améliorer la rude existence de nos soldats qui, eux, souffrent, veillent et se battent avec tant de courage, d'alléger et d'abréger leurs souffrances lorsqu'ils tombent sous le feu de l'ennemi.

IV. — Le médecin auxiliaire au combat

C'est à l'heure du combat que le médecin auxiliaire recueille le bénéfice des soins attentifs et per-

sévérants qu'il a apportés à la formation du personnel dont il a été parlé plus haut.

Lorsqu'il a inculqué à ses brancardiers les notions de courage, de dévouement et d'abnégation absolue sans lesquelles ces hommes fussent-ils des Hercule, ne peuvent accomplir leur mission ; lorsqu'il les a initiés, par des exercices appropriés (brancardages, pansements, notions d'anatomie sommaires) à l'A. B. C. de leur métier, alors il peut, en toute tranquillité d'esprit, attendre le moment de les conduire au feu.

Le jour de la bataille venu, comment les choses se passent-elles ? Le combat, comme l'avait compris et décrit le règlement du Service de Santé avant la guerre actuelle, était du type qu'on pourrait appeler « combat en rase campagne ». Ce type, cette forme clinique de la guerre, n'a existé que lors des premières semaines de la conflagration actuelle.

La description, qu'on en donnait, dans les régiments, ne correspondait du reste que très imparfaitement à la réalité. Un schéma extrêmement clair y montrait la division, la brigade, le régiment, le bataillon, échelonnés sur le terrain, en formations de moins en moins denses à mesure qu'on approchait davantage de la chaîne des tirailleurs de première ligne. Des tentes minuscules, surmontées de petits drapeaux, indiquaient, au premier coup d'œil, l'emplacement des ambulances, des relais de brancardiers divisionnaires, des postes de secours et, tout en première ligne, ou presque, la place des postes

de pansements avancés — ou nids de blessés — royaume du médecin auxiliaire de bataillon.

Mais là où tout était rangé en bataille et décrit avec ordre, il ne s'est plus tronvé que confusion, tout au moins apparente, car, dans la réalité, un combat, même à objectifs restreints, engagé dans les conditions les meilleures de clarté, de simplicité dans le thème, est un drame touffu, à variations si brusques dans le temps et dans l'espace, avec des changements à vue presque instantanés, si considérables, qu'il est réellement impossible à tout autre qu'au chef suprême de la manœuvre de se faire une idée d'ensemble de l'action. Les chefs d'unités, recevant de celui-ci des indications qui leur permettront de jouer leur rôle en harmonie avec celui du reste de l'armée, auront des bases qui leur permettront d'asseoir leur action personnelle. Mais le médecin de bataillon, aide-major ou auxiliaire, ne possédera le plus souvent aucune direction et plus que tout autre, il ne devra compter que sur lui-même, pour « se débrouiller » et se rendre utile ; et, pour cela, il devra s'appliquer, en premier lieu, à ne jamais quitter son bataillon, à garder la liaison avec les dernières fraction de son unité. Ce problème se posera dès le début de la marche d'approche : à partir du moment où le bataillon, quittant son ordre de marche de route — le plus souvent colonne par quatre — prendra sa formation préparatoire au combat, le médecin auxiliaire devra se river aux derniers éléments de la compagnie de queue. Il ne devra plus les quitter sous

aucun prétexte. C'est le moment où la troupe va quitter la zone sûre pour pénétrer dans les régions battues par l'artillerie ennemie : d'abord quelques obus de gros calibre tombant sur des points importants, à intervalles assez réguliers, puis rafales plus serrées, plus difficiles à prévoir, jusqu'au moment où, parvenant en toute première ligne, le bataillon commencera à essuyer le feu des mitrailleuses de l'infanterie ennemie. Voilà les différents stades de la marche d'approche.

C'est une période critique, dangereuse pour la troupe en marche et au cours de laquelle les pertes seront sensibles, parfois même considérables. Et déjà une première question se pose à l'esprit du médecin : « Que faire pour ceux qui tombent? Faut-il abandonner les blessés, faut-il s'arrêter pour les panser ? Faut-il les laisser sur place ou détacher vers des postes de relais des équipes de brancardiers ? S'arrêter, c'est courir le risque, au milieu du chaos, de perdre irrémédiablement le contact ; détacher des brancardiers, c'est s'exposer à voir diminuer, pour de longues heures, sinon définitivement, l'effectif déjà trop restreint de ces précieux auxiliaires, à un moment où il y aurait toute nécessité à voir leur nombre décuplé.

A la guerre, il n'y a point de problème général : tout est question d'espèce, car une règle unique ne peut s'appliquer à des situations toujours dissemblables. Il faut donc se garder de donner des solutions définitives. L'initiative personnelle doit jouer

un rôle prépondérant et l'inspiration du moment sera souvent la source la meilleure à laquelle il faudra recourir. Ainsi, dans le cas qui nous occupe, le fait de poser comme principe, que pendant la marche d'approche, le médecin auxiliaire devra faire l'impossible pour n'être point séparé du bataillon, ne devra point entraîner, comme conclusion intangible, que le médecin passera toujours à côté des blessés sans leur donner d'autre preuve d'intérêt qu'un regard apitoyé !

Il va de soi que, si la marche d'approche est à son début, se fait en plein jour, sous un feu peu nourri et en terrain suffisamment découvert, ou bien si le but en est déterminé avec précision — le bataillon se portera à telle bifurcation, occupera telle cote ou tel village — il serait inhumain et cruel de confier les blessés à leur seule bonne étoile et de les abandonner sans aucun secours. Mais, si, au contraire, l'on marche sous bois, la nuit si la troupe s'avance en ordre très dispersé dans une zone très battue, l'intérêt général prime l'intérêt particulier ; le médecin ne pourra ni ne devra s'arrêter auprès de chaque blessé. Son rôle se bornera à détacher un agent de liaison, — tout médecin de bataillon possède un cycliste à sa disposition — vers une formation de l'arrière-poste central régimentaire, groupe de brancardiers et à indiquer le nombre et la situation, aussi exactement que possible, des hommes ainsi forcément abandonnés.

Mais la marche d'approche touche à sa fin et le

bataillon a atteint son objectif. Quelquefois il restera en réserve de première ligne tandis que, dans d'autre cas, il entrera en action immédiatement.

Y a-t-il un arrêt ? C'est le moment de jeter un coup d'œil sur le personnel et le matériel, de voir si l'un ou l'autre n'a pas subi de pertes au cours de cette première étape. C'est encore le moment de s'informer auprès du chef de bataillon de la durée possible de cet arrêt et, s'il doit se prolonger, de s'organiser immédiatement de façon à être prêt à porter secours aux blessés, qu'ils appartiennent au régiment ou non. Il faudra encore envoyer un agent sérieux à la recherche d'eau potable et faire renouveler ou compléter l'eau des bidons des brancardiers et infirmiers ; il faudra enfin, si possible, faire mettre à exécution le vieux et sage adage militaire qui dit « qu'un soldat qui ne combat pas doit manger ou dormir ». Autrement dit, c'est le moment de faire provision ou économie des forces qui vont prochainement être mises à si rude épreuve.

Enfin l'ordre est donné de se porter en avant, le bataillon est franchement engagé, c'est alors qu'il faut faire appel à *toute son énergie*, *à toute son intelligence*, *à tout son cœur*.

A l'énergie, car physiquement et moralement le médecin va éprouver de grandes fatigues : fatigues physiques par privation de sommeil, travail souvent ininterrompu de jour et de nuit, privation fréquente de nourriture ; fatigues morales par la succession incessante d'émotions intenses et la lutte contre la

peur, à laquelle bien peu peuvent se vanter d'avoir échappé.

A l'intelligence, car il faudra, à chaque instant, faire preuve d'initiative, parer par un moyen de fortune à une situation nouvelle, avec rien, faire quelque chose : par exemple, créer un appareil provisoire, improviser un moyen d'immobilisation, etc.

Au cœur, car pour vivre de longues heures au milieu des blessés et des mourants, leur donner, outre le soulagement physique, l'appui moral qui leur est si nécessaire, le médecin devra faire preuve d'un courage tranquille, d'un calme parfait. A aucun moment, le blessé, qui a si grand besoin de se sentir en sécurité, ne devra lire sur son visage la menace d'un danger imminent, quelle que soit la gravité de la situation.

Nous n'insistons pas sur les marques d'affectueuse bienveillance qu'il devra s'efforcer de donner aux malheureux agonisants pour lesquels il sera souvent le suprême confident : il faut qu'en mourant dans ses bras, les infortunés aient eu au moins la consolation d'expirer dans ceux d'un ami.

Le poste de secours avancé.

Avec ou sans incidents, le bataillon est donc arrivé dans la zone d'action ; le médecin auxiliaire tout d'abord cherchera un emplacement convenable pour

l'établissement de son poste de pansement, de son « nid de blessés ».

En principe, le nid de blessés est un abri précaire où, d'instinct, les blessés se rassembleront et où les brancardiers viendront les recueillir : il faut avouer que ce genre de nid de blessés est tout à fait et même uniquement théorique, car dans la réalité, il se produit deux cas : le blessé peut ou ne peut pas marcher. S'il peut marcher, l'instinct de la conservation le portera de suite hors de la portée du canon et nous avons vu des hommes gravement touchés qui parcouraient encore des distances énormes ; plusieurs kilomètres.

Le blessé qui marche ne se réfugie donc pas dans un nid de blessés, pas plus du reste qu'au poste de pansement provisoire. Nous dirons même qu'il les fuit l'un et l'autre, dans sa hâte à se mettre en sécurité. Quant aux autres, ceux qui ne marchent pas, qui ne peuvent se déplacer, ils restent tout simplement sur place, attendant l'arrivée d'une équipe de brancardiers. C'est dans la direction à donner à ces équipes, dans la recherche de ces grands blessés que le médecin auxiliaire devra déployer toute son énergie et tout son dévouement. Il voudra arriver à grouper dans un même trou d'obus, derrière un même talus plusieurs compagnons d'une même infortune, moisson d'une même mitrailleuse ou sanglante récolte d'une même « marmite ».

C'est en choisissant judicieusement l'emplacement de ces petits groupements, en en repérant soigneusement la position pour y faire conduire des renforts de

brancardiers, que le médecin auxiliaire pourra éviter à ces malheureux une mort effroyable et certaine.

Il existe toutefois des principes qui aideront à choisir l'emplacement de ce groupement que nous continuerons à appeler « nids de blessés » et qui pourront, suivant les circonstances, devenir de véritables postes de pansement.

D'abord, il *faut les mettre à l'abri du feu de l'infanterie.*

On ne peut espérer se protéger complètement en première ligne, mais il serait impardonnable à un médecin de s'installer sous le feu même des fusils et des mitrailleuses.

Il n'est pas de plaine si unie et si déserte qu'elle n'offre quelques petites dépressions ou plutôt quelques accidents de terrain naturels ou artificiels, tels que chemin creux, trou de marnière abandonnée, mare desséchée, silo de betteraves, etc.

Cependant on évitera de se placer derrière un bouquet d'arbres isolés, derrière un mur ou dans une maison abandonnée et en général derrière tout ce qui pourrait être un point de repère pour le réglage de l'artillerie ennemie.

S'abriter autant qu'il est possible est un devoir absolu, car ce n'est pas pour lui que le médecin cherche un refuge mais pour ses blessés. Il se rappellera que c'est au poste de pansement avancé, une fois celui-ci établi, que, apportées par les brancardiers des compagnies, les fractures de cuisse ou de jambe, les plaies du ventre et de la poitrine, les frac-

tures du crâne attendront, quelquefois pendant plusieurs heures, l'accalmie dans le combat, la marche en avant, ou tout au moins la venue de la nuit, qui permettront aux équipes de secours de venir les chercher. Aucun abri si précaire qu'il soit ne devra donc être négligé ; il faut que le médecin s'inspire uniquement de l'intérêt de ses blessés et qu'il mette résolument de côté tout ce qui pourrait servir les siens, le mettre en vedette dans le but de satisfaire une vanité personnelle.

Nous pensons même que, pour un médecin, se protéger est un devoir. On ne saurait en effet apprendre au cours d'une campagne, si longue fût-elle, la médecine, même celle, très simple, du champ de bataille et c'est pourquoi nous croyons qu'un médecin n'a pas le droit de s'offrir inutilement et bénévolement à des coups que sa fonction même lui interdit de rendre. Certes il y a des circonstances où le médecin doit savoir braver la mort ; il le fera alors simplement, guidé par le seul sentiment du devoir professionnel. Il aura alors fait ce que fait le brave garçon qui, baïonnette au canon, se lance à l'assaut. Ces circonstances exceptionnelles sont les aléas et peut-être les joies du médecin de bataillon, car il y trouvera, avec la satisfaction du devoir accompli, l'affectueuse estime des hommes de son unité. Inutile de chercher à exposer quelles peuvent être ces occasions où le médecin aura à remplir son devoir au péril de sa vie : le corps médical français a su montrer assez, au cours de la campagne, quel était son

esprit de sacrifice pour qu'il n'y ait pas lieu d'insister. Ces mouvements d'ardeur héroïque se sentent, s'exécutent mais ne se décrivent pas. Chez l'homme de devoir, ils sont spontanés.

Le deuxième principe qui devra présider à l'installation du poste de secours est le suivant : un blessé qui marche, suivra, quatre-vingt-dix fois pour cent, le chemin par lequel il est venu. Désorienté, déséquilibré tant physiquement que moralement par le choc et l'émotion, il ne cherchera pas à se rendre compte du chemin le moins périlleux à suivre. Il ne se souviendra plus que d'un seul, celui qu'il a déjà suivi une première fois et il le reprendra en sens inverse.

C'est donc en plaçant son poste sur un point de cette voie qu'on aura le plus de chances de recueillir le plus grand nombre de blessés.

Voyons maintenant en quoi consiste l'installation de ce poste de secours avancé ?

Accroupi derrière un talus ou dans le trou de quelques gros obus, installé dans un ancien entonnoir de mine, on guette le passage d'un blessé. On lui fait signe, car il ne peut être question de fanions indicateurs. Vite un pansement sommaire : coup de ciseaux du haut en bas d'une manche de capote ou d'une jambe de culotte, un badigeonnage à la teinture d'iode, un pansement B ou C à la place du pansement individuel ou du mouchoir qui recouvre la plaie ; puis une goutte de cordial et un mot d'encouragement pour inviter le blessé à retrouver en lui l'énergie et la force qui le feront se rendre seul au

poste de secours régimentaire. Il faut faire vite car la clientèle est nombreuse et tout rassemblement est interdit sous peine de marmitage immédiat. On ne doit donc pas chercher à faire ou à refaire tous les pansements. On se débarrassera vivement en les envoyant, vers l'arrière, de ceux dont l'arrêt n'est pas une nécessité. Il sera bon cependant de faire son possible pour prendre le nom et la compagnie de tous ceux qui passent à proximité : cette précaution sera utile pour renseigner le commandant de bataillon pendant l'action et pour l'établissement de la liste des pertes après le combat.

Il ne faut pas chercher à faire de grandes choses.

N'oublions pas que nous sommes sous le feu de l'artillerie ennemie, dans une situation très précaire et menacés — aussi bien secouristes que blessés —, de l'anéantissement total. La mission médicale est donc réduite au strict minimum : comprimer une plaie saignante, poser un garrot, mettre une planchette sous un avant-bras fracturé, immobiliser un bras dans une écharpe de fortune (pan de capote relevée, ceinture de flanelle, etc.) Voilà pour ceux qui marchent et qui ne stationneront pas. Pour les autres, ceux que les brancardiers réussissent à apporter du milieu de la bataille, ce sera d'abord le pansement protecteur puis, suivant les circonstances, un peu de cordial, une piqûre d'éther ou d'huile camphrée, une injection de caféine ou de morphine. Faire boire le blessé est une chose indispensable et qui satisfera le premier désir de ces pauvres soldats.

Pour jouer un pareil rôle, il n'est pas nécessaire d'un énorme matériel : il serait, du reste, impossible de l'amener jusqu'à distance si proche de la ligne de feu. La voiture médicale a été laissée depuis longtemps à l'arrière, en même temps du reste que le train de combat n° 1 dont elle fait partie. De ce moment, il ne faut plus compter que sur le matériel porté à dos d'hommes, et les hommes dont on dispose sont peu nombreux et déjà surchargés. Nous avions comme habitude de faire emporter, en dehors de la musette de pansement, des brancards de bataillon, des bidons d'eau supplémentaires, des sacs à terre remplis de pansements, de différents modèles. En dehors du strict matériel de pansement nous emportions quelques rouleaux de toile métallique pour la confection des appareils de première contention. Peu de médicaments en dehors de la teinture d'iode et les ampoules à injection sous-cutanée. Nous et notre médecin auxiliaire prenons notre part dans ce transport indispensable, sachant trop bien qu'une fois éloignés de notre base de départ, nous serions obligés de compter sur nos seules et modestes ressources.

En résumé, au poste de pansement avancé, il faut travailler vite et bien, se rappeler qu'on est le premier et le plus infime échelon de l'évacuation vers l'arrière et que la rapidité de cette évacuation est un facteur, d'autant plus important, qu'elle donne au blessé, outre la possibilité des soins précoces, la tranquillité morale qui diminue puissamment le shock traumatique.

CONCLUSIONS

Dans une étude forcément succincte et rapide (les loisirs de l'infanterie en temps de guerre sont courts et souvent agités) nous venons de voir quel était le rôle du médecin auxiliaire dans les principales organisations de l'armée.

Remplissant en fait (au génie) les fonctions de médecin-chef, nous avons envisagé ses responsabilités tant au point de vue médical qu'hygiénique, voire même administratif.

Dans les autres unités (infanterie, artillerie) nous avons vu que sa présence y était véritablement indispensable. Par contre, dans les groupes de brancardiers, qu'ils soient G. B. C. ou G. B. D, nous avons avoué sincèrement, pour en avoir fait nous même l'expérience, qu'il y était complètement inutile.

Par ailleurs, il semblerait que les services incontestables et incontestés que le médecin auxiliaire rend dans les régiments ou dans les ambulances devraient leur donner des droits et certains avantages. Hélas ! la hiérarchie militaire est intransigeante et leur situation morale et matérielle est plus que modeste. Sans doute, nous savons que, à l'heure actuelle, les fonc-

tions de médecin auxiliaire sont remplies par de jeunes camarades et amis dont le nombre restreint d'inscriptions, 4, 6, 8, prochainement 2, trahissent tout ensemble et leur jeune âge et leur inexpérience tant au point de vue médical que militaire ; ce sont les fruits d'une éducation spéciale donnée trop hâtivement et sous la pression des circonstances.

Il n'en reste pas moins qu'à ces jeunes le modeste galon d'adjudant — même celui d'adjudant-chef qui va leur être concédé — ne leur confère — comme à ceux qui les ont précédés — qu'une autorité que nous estimons absolument insuffisante.

Avec ce titre de sous-aide-major, que recevront la plupart de ceux qui sont actuellement encore médecins auxiliaires, pourquoi ne pas leur avoir accordé les prérogatives de l'officier?

Nous savons bien que les officiers combattants — plus généreux que les règlements — se font un plaisir de les admettre parmi eux à leur popote et même, le cas échéant, à partager leur chambre — nous l'avons expérimenté personnellement ; — mais ces marques d'estime et de bonne camaraderie sont tout à l'honneur de nos chefs et le pauvre médecin auxiliaire, toujours oublié au cantonnement, ne peut qu'être reconnaissant de ces faveurs auxquelles il n'a aucun droit.

Il nous semble donc qu'il serait équitable de traiter ces jeunes auxiliaires sur le même pied que les élèves de l'école de santé militaire de Lyon, leurs

camarades et leurs égaux, c'est-à-dire réglementairement en officiers.

Nous venons de dire que, le plus souvent, presque toujours, les médecins auxiliaires vivaient avec les officiers. Sans en recueillir les avantages, ils participent à leurs charges et, à la fin du mois, la note paraît bien lourde, Les frais sont relativement élevés et la solde est maigre. Il est vrai que la nouvelle circulaire les nommant sous-aide-majors, les fera bénéficier d'une augmentation quotidienne de soixante-quinze centimes !

Nous souhaiterions que leurs appointements, reconnus insuffisants, fussent relevés et soient au minimum ceux de la solde mensuelle correspondant à leur grade. Il est en effet anormal de voir un médecin auxiliaire, ou plus tard un sous aide-major, toucher une solde inférieure à celle d'un sergent ayant cinq années d'ancienneté.

Les médecins auxiliaires ne seraient plus alors les « parents pauvres », les « enfants assistés » comme certains de nos amis, officiers combattants, se plaisaient à nous appeler. Grâce au rang d'officier, à cette augmentation de solde, leur situation militaire, morale et matérielle, se trouverait considérablement améliorée. Lorsqu'il a fallu se dépenser sans compter, se sacrifier jusqu'à la mort, ils l'ont fait sans murmurer, sans regrets, plus encore, avec enthousiasme. Ce sont nos morts si nombreux qui, plus et mieux que nous-même, plaident pour l'intéressante cause

de leurs successeurs et leur voix ne saurait être méconnue.

Espérons donc que tout en restant des « auxiliaires précieux et dévoués » nos jeunes camarades cesseront d'être des sous-officiers dont parfois, il est vrai, ils remplissent les fonctions (nous l'avons montré dans leur rôle aux groupes de brancardiers) pour n'être que des médecins et pour pouvoir l'être mieux.

Il ne faudrait pas oublier non plus que ces médecins auxiliaires sont pour la plupart des étudiants, de futurs médecins et il serait bon d'envisager le tort sérieux causé à leurs études précisément au point qui en est, pour ainsi dire, le plus critique : qu'on se souvienne de ces deux premières années d'études médicales où à tous il nous fallut consacrer un temps précieux à organiser notre vie d'abord, à suivre les cours et les consultations de nos maîtres ainsi qu'à puiser dans les hôpitaux l'éducation qui nous permit de poser nos premiers diagnostics.

Il est nécessaire que les fruits de ces premières années de labeur ne soient pas perdus, que cette préparation générale médicale ne soit pas à refaire après cette guerre dont on ne saurait prévoir la fin. Or, ce ne sera pas dans un régiment d'infanterie où presque tous les jeunes médecins auxiliaires viennent s'engloutir, ni même dans un régiment d'artillerie que le jeune étudiant pourra, nous ne disons pas développer, mais seulement conserver le bénéfice de ce qu'il avait acquis pendant ces deux premières et ls aborieuses années.

Dans ces diverses unités, nous ne suivons aucun malade. Les conditions d'installation matérielle, les déplacements fréquents rendent impossible un traitement sérieux. Aussi sommes-nous obligés — humainement et consciencieusement — de diriger, sur les ambulances de divisions, les hommes dont l'affection présente le moindre caractère de gravité. Les maladies évoluent ainsi loin des yeux des jeunes médecins ou étudiants et bien vite, faute d'un milieu hospitalier, si infime fût-il, la routine journalière remplace l'initiative, l'esprit d'observation et l'intérêt que l'on trouve au lit des malades.

En conséquence, il nous apparaît donc comme absolument nécessaire, que dès maintenant, un roulement s'établisse entre les médecins auxiliaires pour permettre à ces derniers de passer, pendant chaque année de guerre, trois mois dans une ambulance chirurgicale et trois mois dans une ambulance médicale de la division. Ce roulement, dans certains corps, était établi pour les aide-majors qui — à moins qu'ils n'eussent manifesté le désir contraire — étaient, à tour de rôle, remplacés dans les armes combattantes. Les intérêts professionnels, tout au moins autant que le permettent les circonstances de guerre, se trouvaient donc ainsi préservés. Pourquoi ne pas faire profiter les jeunes médecins auxiliaires de cette même organisation? Leur avenir, pour n'être pas aussi immédiat, nous semble ne pas moins le réclamer.

On invoquera peut-être la pénurie des effectifs en

médecins auxiliaires. Elle existe, il n'est que trop vrai ; elle ne nous paraît cependant pas incompatible avec notre souhait et voici comment : on pourrait réduire à un seul le nombre des médecins auxiliaires, lorsque le régiment se trouve au repos ou dans un secteur tranquille, il y en a. La présence permanente d'un médecin auxiliaire au régiment est nécessaire parce qu'il doit pouvoir remplacer un des trois aide-majors au cas où l'un d'eux viendrait à manquer pour une raison quelconque ; les deux autres médecins auxiliaires, pendant ce temps, iraient faire un stage dans des ambulances, ou dans un milieu particulièrement actif ; ils seraient à même de développer leurs connaissances antérieures, de recueillir les conseils de leurs aînés et, parfois même, de bénéficier de l'enseignement de leurs anciens maîtres.

Arrive-t-il qu'il soit nécessaire de prendre immédiatement une disposition de combat ? Vite, les deux médecins auxiliaires, passés en subsistance à l'ambulance, reviennent prendre leur place au régiment dont ils n'ont pas cessé de faire partie.

De ces dispositions mises en pratique, il résulterait certainement un surcroît de travail pour les aide-majors, mais il faut remarquer qu'elles ne sont envisagées que pour les périodes de repos et pour les secteurs à peu près calmes ; nous sommes persuadé qu'aucun d'entre nous ne refuserait de se prêter à une mesure si avantageuse pour nos jeunes camarades et qu'à cet accroissement de travail cor-

respondrait un accroissement de zèle pour le plus grand bien du service.

De leur côté, nos jeunes médecins auxiliaires, dont les connaissances auraient été augmentées pendant cette période d'études, se montreraient à l'heure critique des combats toujours pleins du même zèle et du même dévouement envers nos malheureux blessés et mieux encore à la hauteur de leur noble tâche.

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris
L. LIARD

J. Madelaine

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3287-17